

Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение  
высшего образования  
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии

Кафедра психологии развития и консультирования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_ Е.Ю.Федоренко

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018г.

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**

37.03.01 Психология

**Особенности гестационной доминанты при незапланированной  
беременности**

Руководитель \_\_\_\_\_ канд.психол.наук,доцент О.В. Барканова  
подпись, дата

Выпускник \_\_\_\_\_ Т.Е. Пахомова  
подпись, дата

Красноярск 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
Глава 1. Теоретический анализ проблемыгестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью в психологии.....	7
1.1 Гестационная доминанта как объект психологического научного исследования.....	7
1.2 Особенности психоэмоционального состояния женщин при незапланированной беременности .....	13
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1 .....	22
Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей гестационной доминанты при незапланированной беременности .....	23
2.1. Подготовка к эмпирическому исследованию.....	23
2.2. Оценка диагностики беременных, интерпретация и анализ результатов	28
2.3. Рекомендации для женщин с незапланированной беременностью .....	58
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2 .....	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	64
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	65
ПРИЛОЖЕНИЕ А .....	69

## ВВЕДЕНИЕ

Оценка современного состояния рассматриваемой проблематики. В процессе развития современного социума, перед личностью возникают новые повышенные требования, связанные с инновационным и технологическим прогрессом. Особенно остро ощущается необходимость в людях всесторонне развитых – интеллектуальных, креативных, творческих, способных найти новые, нестандартные, подходы к решению приоритетных социально-экономических, культурных задач, тем самым оказывая положительное влияние на перспективы страны.

При этом, значительная роль в данном случае принадлежит и особенностям личности каждого человека. По мнению ученых, в частности Б.П.Никитина, Г.К. Каплана, и других, одним из детерминирующих факторов, влияющих на развитие каждого человека, является период внутриутробного развития. По результатам многолетних исследований, было установлено что психо – эмоциональное состояние будущей матери, в период беременности, накладывает определенный отпечаток на развитие, характер, а, следовательно, и становление личности ребенка. Действительно, экспериментальным путем было доказано, что у спокойных матерей рождались и росли эмоционально более стабильные дети, чем у женщин, которые в период беременности были подвержены стрессам.

Следует отметить, что, не смотря на довольно обширные исследования в области психологии беременных, существует еще множество нераскрытых аспектов. На наш взгляд, это связано с тем, что динамика современного социума приводит к возникновению различных проблем – финансовых, проблем со здоровьем, жилищных проблем и т.д., что в различной степени создает новые предпосылки для рассмотрения изучаемой проблематики в новом контексте.

Актуальность проводимого исследования. Нельзя не обратить внимание на данные статистики – в среднем количество абортов в России на

период 2015 года, составляло 42 %. Аналогичные показатели наблюдаются также в области преждевременных родов, нарушений родовой деятельности, а также рождения больных и недоношенных детей.

Возникает закономерный вопрос: насколько развита система психологической помощи для беременных женщин? Насколько тщательно проводится диагностика психо – эмоционального состояния, определение желательной или нежелательной беременности, а также помощь женщинам на различных этапах беременности. Данная проблема звучит в работах: И.В.Добряков (Санкт-Петербург). «Психотерапия и перинатальная психология» И.Б.Каплун, В.В.Абрамченко (Санкт-Петербург). «Изучение особенностей психосоматического статуса беременных женщин. Роль психогенных и эмоциональных факторов в формировании и развитии родовой боли.» Ж.В. Завьялова (Москва). «Психологическая составляющая периода беременности и родов.». Таким образом мы видим на обширный интерес к рассматриваемой проблематике, что и обуславливает актуальность проводимого нами исследования.

Новизна проводимого исследования. Поставив перед собой цель – исследовать особенности гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью, мы хотим акцентировать особое внимание на понятии «незапланированная беременность», уделив внимание таким вопросам: А всегда ли незапланированная беременность является таковой изначально? Или же она формируется в том случае, когда многочисленные социальные факторы истощают личностный психо – эмоциональный ресурс будущей матери? Почему одни женщины успешно преодолевают все сложности, а другие не хотят бороться?

По нашему мнению, поиск ответов на данные вопросы, анализ современных статистических данных, проведение исследования, поможет нам взглянуть на предложенную проблему с принципиально новой точки зрения, что и обусловит новизну проводимого исследования.

Теоретико-методологическую основу исследования составили результаты научной деятельности И.В. Добрякова, в аспекте изучения психологического компонента гестационной доминанты у беременных женщин.

Цель работы- изучение особенностей гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью.

Объект исследования - беременные женщины.

Предмет исследования - особенности гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью.

Гипотеза исследования- аспект незапланированной беременности может оказывать прямое влияние на возникновение компонентов гестационной доминанты отрицательного характера и может быть обусловлена социальными факторами.

Задачи работы:

1. Изучить содержание понятия «гестационная доминанта», как объекта психологического научного исследования;
2. Изучить характерные особенности психоэмоционального состояния у женщин с незапланированной беременностью;
3. Эмпирически исследовать особенности гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью.

Методы и средства решения поставленных задач:

1. Теоретические:

- анализ научной литературы;
- понятийный и терминологический анализ;
- сравнение;
- обобщение итогов исследования.

2. Эмпирические:

- изучение анамнеза;
- тестирование;
- проективные.

Методики диагностики:

- скрининг-тест отношений беременных (ТОБ-б) И.В. Добрякова;
- проективная методика «Я и мой ребенок», разработанная Г.Г. Филипповой.

База проведения исследования. Эмпирическое исследование было проведено нами в период с 23.12.2017 г. по 19.12.2017 г. на базе Перинатального центра. В исследовании приняли участие 80 женщин в возрасте от 20 до 45 лет, на разных сроках беременности.

Практическая значимость исследования. Результаты исследования могут быть полезны для медицинского персонала женских консультаций, а также для медицинских психологов, работающих с беременными женщинами. Исследование особенности гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью, поможет найти действенные пути и стратегии по предотвращению возникновения таковых ситуаций, что в итоге приведет к снижению аборт. Осложнений в процессе беременности и родоразрешения, а также будет способствовать рождению здоровых, как в физическом, так и в психологическом плане, малышей.

Структура выпускной квалификационной работы: работа состоит из введения, двух глав (теоретической и практической), выводов по каждой главе, заключения, списка литературы и приложения.

Объем работы – 72 страницы.

## **Глава 1. Теоретический анализ проблемы гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью в психологии**

### **1.1 Гестационная доминанта как объект психологического научного исследования**

В современной акушерской практике большое значение уделяется следующим аспектам в реализации деятельности: наблюдение и оценка физического состояния женщин в течении всего периода беременности, успешному родоразрешению, а также наблюдению за роженицей и младенцем в послеродовой период. Однако, на наш взгляд в процессе решения данных, вне всякого сомнения, важных задач, в определенной мере снижается степень оценки психо - эмоционального состояния женщин в период всего срока гестации.

По нашему мнению, психологическое состояние женщин на этапе беременности заслуживает особого внимания. Будущая мать в данный период сталкивается с состоянием повышенной тревожности, а также депрессии разной степени сложности. При этом, многие беременные могут испытывать значительные сложности, связанные с принципиально новым состоянием организма, ответственностью за собственную жизнь и жизнь малыша, а также со становлением в новой социальной роли.

При изучении научной литературы по рассматриваемой проблематике мы пришли к выводу, что ходе исследований, проводимых А. А. Ухтомским, было установлено, что психологическое состояние женщины в значительной степени оказывает влияние на формирование психических функций и поведенческих аспектов развития будущего ребёнка в постнатальный период[9, с.93].

Впоследствии, И. А. Аршавский, основываясь на учении А.А. Ухтомского сформулировал определение термина «гестационная доминанта». С общенаучной точки зрения, данное понятие подразумевает обеспечение направленности всех важнейших реакций организма беременной на формирование благоприятных условий для развития

эмбриона, а затем и плода, обеспечивая таким образом рождение здорового ребенка. На наш взгляд, основную роль в реализации аспекта гестационной доминанты играет возникновение стабильного очага возбуждения в центральной нервной системе, который обладает способностью предотвращать отрицательное воздействие раздражителей, имеющих отношение к беременной женщине, по средствам тормозящего влияния на другие нервные центры [3, с.160].

В принятой классификации гестационной доминанты принято выделять два компонента - физиологический и психологический. Физиологический компонент определяется биологическими изменениями, в свою очередь, психологический - психическими изменениями. По нашему мнению, так или иначе лишь при гармоничном взаимодействии двух компонентов возможно вынашивание, рождение и выхаживание здорового ребенка.

Проводя наше исследование, мы считаем необходимым уделить особое внимание именно психологическому аспекту, поскольку в значительной степени, он может обеспечивать и благоприятное физическое состояние будущей матери. В общенаучном представлении, психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) подразумевает наличие множества механизмов психологической саморегуляции, которые направлены на обеспечение сохранности гестации и создание гармоничных условий для развития ребенка. При этом также происходит и формирование положительного отношения матери к беременности, изменение в поведении, обеспечивающее сохранность и безопасность протекания гестации.

И.В. Добряков, в ходе своих исследований, проанализировав анамнестические сведения, а также проведя множество бесед с беременными женщинами, выделил пять основных типов психологического компонента гестационной доминанты: эйфорический, тревожный, оптимальный, депрессивный и гипогестогнозический [17, с.67]. В процессе исследования



литературы по данному вопросу, мы получили возможность дать краткую характеристику каждому из указанных компонентов.

Оптимальный тип ПКГД характерен для тех беременных, которые без какой - либо тревоги, но с необходимой ответственностью, относятся к своему состоянию и готовятся к принятию новой для себя социальной роли. Как правило в данном случае у женщин - стабильный брак, решение о котором было принято в осознанном возрасте. Отношения с супругом гармоничны, есть определенные зоны ответственности и комфорта. Самое главное при этом то, что беременность желанна обоими супругами. Характерной чертой такого психо типа является наличие активного, энергичного способа жизни, даже, когда женщина знает о наступившей беременности. Однако, она становится на учет в женскую консультацию своевременно, выполняет все предписания и рекомендации врачей, следит за питанием, соблюдает режим - делает все для минимизации рисков осложнения беременности и родов. Согласно многолетним исследованиям И. В. Добрякова, было установлено, что оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты в дальнейшем будет способствовать формированию демократического стиля воспитания, что положительным образом будет влиять на становление и реализацию личности ребенка [17, с.69].

Гипогестогнозический тип ПКГД подразумевает слабо выраженные знания о важности правильного поведения во время беременности. Женщины в принципе не против рождения ребенка, однако они не готовы что - либо менять в своей жизни, отказываться от сложившихся привычек. Чаще всего данный тип психологического компонента встречается у двух категорий женщин. Первая категория - девушки - студентки. Они стремятся закончить учебу, желают развлекаться, веселиться с друзьями. В следствие этого - беременность воспринимается как нежелательный факт. При этом, даже если беременность сохраняется, как правило, уклад жизни не меняется.

Вторая категория - женщины после тридцати лет, с успешно складывающейся карьерой. При чем чаще всего, у будущей матери в данный момент до сих пор не было детей и решение родить ребенка скорее продиктовано необходимостью, чем искренним желанием стать матерью.

Обе указанные категории беременных объединяют общие характеристики: женщины как правило скептически относятся к рекомендациям докторов, не всегда своевременно посещают женскую консультацию, отрицательно относятся к курсам дородовой подготовки. В послеродовой период отмечается сниженная лактация, либо полное ее отсутствие.

При анализе работ И.В. Добрякова, приходим к выводу, что в сфере отношения к ребенку отмечаются следующие характерные поведенческие черты: воспитание малыша ложится на плечи бабушек и няни, при этом сама мать оправдывает свое поведение «чрезмерной занятостью». В результате формируется стиль воспитания, и взаимоотношения с ребенком, который может выражаться в гипопротекции, эмоциональном отвержении ребенка, а также снижением родительских чувств. В итоге ребенок может вырасти как эгоистом, так и асоциальной личностью, не способной к проявлению эмоций [16, с.52].

Эйфорический. тип ПКГД чаще всего характерен для женщин с истерическими чертами личности. В ряде случаев может характеризовать женщин, которые в течении длительного времени лечились от бесплодия.

Характерной особенностью является проявление следующих черт:

- беременность становится оптимальным средством манипуляции - женщина старается перестроить отношения с мужем и его родственниками с целью приобретения выгоды для себя;
- появляется возможность привлечения внимания к себе, к своему положению. Женщина может изображать недомогание, преувеличивать переживаемые трудности.

В контексте общения с медицинским персоналом, характерны: с одной стороны, своевременное посещение женской консультации, курсов родового подготовки. Но в тоже время - предписания врачей выполняются не в полном объеме, режим дня соблюдается не полностью.

После рождения ребенка сохраняются черты «детского» поведения: боязнь ответственности, желание поддержки со стороны родственников. При этом, в ряде случаев может наблюдаться ревность к ребенку - если родственники уделяют малышу больше внимания чем роженице. В дальнейшем, по мнению И.В. Добрякова, в ходе реализации воспитательных аспектов, отмечается некоторое расширение родительских чувств по отношению к ребенку, но может возникать потворствующая гиперпротекция, что приводит к снижению самостоятельности ребенка, нарушению адаптации в социуме [17, с.70].

Тревожный тип ПКГД включает в свой состав основную характерную черту - высокий уровень тревожности, которая может повлиять на соматическое состояние женщины в период беременности. При этом, необходимо как можно раньше определить причину тревоги. В одном случае, причина может быть обоснованной - сложности во взаимоотношениях с супругом - боязнь остаться одной с ребенком; отягощённая наследственность - наличие в семье генетических, хронических заболеваний - страх того, что недуг передастся ребенку; слабое здоровье будущей матери - боязнь осложнений в родах и т.д. В данном случае, специалисты отмечают, что такие проявления тревоги вполне естественны, необходимо беседовать с женщиной, обеспечивать психологический и физический комфорт, заботу со стороны близких людей.

В ряде случаев, проявления тревоги могут быть надуманными - без видимых причин, при полном физическом, семейном, финансовом благополучии будущую мать начинают посещать необоснованные страхи - может бросить муж (хотя нет повода), могут закончиться деньги (хотя есть стабильный финансовый доход), ребенок родится больным или что – то

случится в родах (хотя предпосылок для этого нет). Такое состояние крайне важно определить на ранних стадиях, при этом обязательна работа с психотерапевтом, который поможет стабилизировать психо - эмоциональное состояние беременной и обеспечить максимально спокойное протекание беременности, без ущерба для будущего ребенка.

После рождения малыша, женщин отличает повышенная моральная ответственность, однако они не уверены в себе и в способности воспитать ребенка должным образом. Согласно идее И. В. Добрякова, данном случае формируется стиль доминирующей гиперпротекции - высок риск воспитания ребенка, который будет не уверен в себе, не самостоятелен, при этом сложно адаптирован в обществе, в результате чего могут развиваться различные психо - эмоциональные нарушения, самоповреждающее поведение [18, с.48].

Депрессивный тип ПКГД проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. В чем-то проявления схожи с компонентом тревожного типа, однако в данном случае более сильные и сложение подвергаются стабилизации: женщина, мечтавшая о ребенке, может утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боится умереть в родах. Отклонения в процессе семейного воспитания при этом типе ПКГД аналогичны тем, что развиваются при тревожном типе, но более выражены. Встречаются также эмоциональное отвержение, жестокое обращение. При этом мать испытывает чувство вины, усугубляющей ее состояние. С точки зрения И.В. Добрякова возможно возникновение так называемых «двойных посланий» в поведении матери - с одной стороны она хочет обнять своего ребенка, зовет его, но при виде малыша, может накричать, отругать за то, что он пришел. В таком случае, формируется низкая самооценка, нарушения поведения у ребенка, которое в итоге может привести к девиантному поведению[18, с.54].

Рассмотрев классификацию типов психологических компонентов гестационной доминанты, мы можем с уверенностью отметить, что каждый из них обладает своеобразными сложностями в аспекте формирования

положительного отношения к беременности и воспитания ребенка. При этом, большую роль играют и семейные взаимоотношения, характер, психологический тип акцентуации, мотивы и потребности. Вне всякого сомнения, задача специалистов своевременно наблюдать и отмечать изменения в поведении женщин, способствовать нормализации их состояния, реализации не только успешного протекания беременности и успешного родоразрешения, но и восприятие женщиной статуса «мама», стремления заботиться о малыше и воспитывать его, как полноправную часть социума.

Определение типа ПКГД может существенно помочь разобраться в ситуации, при которой вынашивался и родился ребенок, понять, как складывались отношения в семье в связи с его рождением, каким образом формировался стиль семейного воспитания.

Однако, нельзя не обратить внимание еще на один аспект становления психологического компонента гестационной доминанты - незапланированная беременность. Разобраться в том, какие психологические особенности и эмоциональные проявления свойственны для женщины в данном случае, стало целью нашего дальнейшего исследования теоретической литературы по рассматриваемой проблематике.

## **1.2 Особенности психоэмоционального состояния женщин при незапланированной беременности**

В жизни каждого человека существует ряд важнейших событий: получение аттестата и диплома, бракосочетание, трудоустройство, карьерный рост, различные путешествия и прочие приятные события. Каждый из данных этапов по-своему оказывает влияние на жизнь каждого человека и семьи в целом. С нашей точки зрения, пожалуй, ни одно событие не является столь значимым, как беременность женщины и рождение ребенка. Беременность - очень особенное время постоянного изменения, преобразования. Процесс развития и роста дитя происходит в матке, и сама женщина во время беременности и родов меняется - становится матерью,

постигает свое женское предназначение. Этот процесс перехода к материнству протекает на всех уровнях: физическом, ментальном, эмоциональном, преобразуется тело и душа женщины.

Рассматривая беременность, можно выделить основные отличительные характеристики этого периода. На наш взгляд, изменения затрагивают три уровня человеческой жизни: физиологический, психофизиологический и психологический. Рассмотрим психологический уровень изменения, в контексте незапланированной и запланированной беременности. Интерес к сравнению двух данных категорий вызван тем фактом, что по мнению Баженовой О.В. в обоих случаях существуют у беременных противоречивые чувства, которые вне всякого сомнения откалывают определенный отпечаток на психоэмоциональное состояние будущих матерей [7, с.36].

Изучение психологического состояния женщин во время вынашивания ребенка (В.И. Брутман, А.Я. Варга, М.С. Радионова, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова и др.) позволяет предположить, что в беременности есть собственная, присущая ей динамика обострения и ослабления имеющихся у женщины проблем и различных психо – эмоциональных аспектов восприятия своего состояния и соответствующего поведения [13, с.21]. Особенно характерным аспектом обострения всей существующей личностной, психо – эмоциональной и социальной проблематики, является незапланированная беременность. Ввиду данного утверждения, рассмотрим более детально психологические и эмоциональные проявления женщин при данной категории беременности.

С точки зрения Г.И. Брехман, при незапланированной беременности на ранних сроках у многих женщин отмечается головная боль, повышенная утомляемость, снижение или, наоборот, повышение аппетита. Осознание факта беременности у любой женщины становится доминирующей идеей, вызывает волнение, положительные или отрицательные, а нередко амбивалентные эмоции. Во многом их характер зависит от того, каких

реакций на новость ожидает женщина от мужа и других значимых родственников [11, с.9].

Во втором триместре у беременных женщин возбудимость коры больших полушарий головного мозга и подкорковых центров имеет примерно одинаковый уровень. При нормальном течении беременности эмоциональный фон женщины стабилизируется. Ощущение шевелений, при незапланированной беременности, может вызывать у женщины амбивалентные эмоции. С одной стороны, это радость, связанная с получением постоянного подтверждения того, что внутри нее живой, ее собственный ребенок. С другой стороны, особенно при часто встречающихся соматических недомоганиях (головокружения, сердцебиения, отеки конечностей, изжога, запоры, тахурия и пр.), может расти тревога, появиться перинатальная дисморфофобия, регрессивные фантазии, в которых пренейт представляется деструктивным и опасным созданием внутри ее тела. Именно шевеление (причем женщина, как правило, не осознает этого) вызывает или усиливает опасения того, что гинекологический осмотр или сексуальная активность могут повредить ребенку. Попытки объяснить беременной, что ее опасения абсурдны, бесполезны. Способствовать принятию пренейта матерью на этом сроке могут занятия, на которых предоставляется информация о том, что у ребенка внутри нее уже хорошо развиты слух, тактильная чувствительность, что с этим необходимо считаться [20, с.91].

Примерно в это время женщины нередко вспоминают неразрешенные конфликты прошлого, обостряются обиды. Это может сопровождаться появлением раздражительности, симптома завышенных притязаний по отношению к мужу, другим окружающим близким людям. Если женщина не получает желаемого отклика на свои притязания, растет уровень тревоги, что может приводить к появлению страха перед родами. С.Ю. Мещерякова пришла к выводу, что отношения с мужем становятся либо отчужденно холодными, либо конфликтными, помимо прочего, в связи с изменением

сексуальных стереотипов. Особенно это выражено, если беременность протекает на стадии развития супружеских отношений, получившей название «конфронтации». Привлечение отца к «сеансам связи» с пренейтом позволяет гармонизировать супружеские отношения [24, с.20].

Наконец в период третьего триместра, по мере приближения к родам, женщина жалуется на то, что беременность ей надоела, выражает стремление к ее скорейшему окончанию. Это происходит на фоне выраженных колебаний эмоций от радостных переживаний, связанных с предстоящим материнством, до тревожно-депрессивных сомнений в благоприятном исходе родов. На этом фоне, с точки зрения И.В. Добрякова, может возникнуть или обостриться наблюдавшийся уже в прошлом триместре симптом страха перед родами. Женщина начинает мечтать о том, чтобы избежать родов, хотя, с другой стороны, мечтает о благополучном завершении беременности [17, с.64].

Незапланированная беременность на субъективном уровне может сопровождаться негативными эмоциональными состояниями. В их число по мнению Г.Г. Филипповой входят раздражительность, эмоциональная неустойчивость, особая чувствительность к стрессогенным факторам, неясность жизненной перспективы, ощущение одиночества. Столкнувшись с этим кризисом, нередко женщина пытается не замечать, как изменилась ее жизненная ситуация, хотя при этом может чувствовать себя несчастной, испытывать депрессию и разочарование [28, с.89]. С какими же основными проблемами и переживанием сталкивается женщина при незапланированной беременности и как все это сказывается на психо – эмоциональном состоянии? В процессе анализа психологической литературы по исследуемой проблеме, мы пришли к следующему заключению - к числу аспектов нежелательной беременности относятся следующие причины:

-абсолютное отсутствие готовности, а самое главное желания у женщины стать матерью. То есть любая мысль о беременности и рождении малыша вызывает неподдельный ужас. В ситуации, когда женщина узнает, что



беременна, вызывает множество отрицательных эмоций. При этом, женщина подсознательно создает все условия для не вынашивания ребенка. Р.В. Овчарова утверждала, что в данной ситуации, как правило на протяжении всей жизни женщина живет сама и только для себя, не желая принимать ответственность за жизнь другого человека [26, с.114];

- отсутствие готовности к материнству на данном этапе жизненного пути. То есть, в целом, женщина не против ребенка, но по ряду причин - отсутствие семьи, стабильной работы, молодой возраст, желание пожить для себя, после некоторых колебаний, однако решив «Немного позже, я обязательно рожу ребенка», решается на прерывание беременности;

- нежелание брать ответственность - женщина, к примеру, привыкла жить для себя, поэтому рождение ребенка, воспринимается, как нежелательный поступок - посвятить всю свою жизнь заботе, воспитанию, переживанию за жизнь сына или дочери - на это женщина не может пойти;

- ребенок воспринимается как обуза - женщина (или муж с женой) привыкли к определенному образу жизни - шумные компании, путешествия, карьерный рост и т.д. Понимание того, что рождение ребенка внесет изменения в существующий жизненный уклад приводит, с точки зрения Р.В. Овчаровой, к нежеланию беременности [26, с.118];

- страх перед метаморфозой с собственным телом - во мне живет «чужой». Он управляет моим телом, которое изменится до неузнаваемости. Я растолстею, у меня появится варикоз, геморрой, растяжки и целлюлит. Такие страхи молодых женщин довольно часто приводят к прерыванию беременности. Желание сохранить красивую фигуру и тело, оказывается сильнее чем желание стать матерью;

- страх родов, страх за свою жизнь, страх того, что ребенок родится больным и придется всю жизнь за ним ухаживать. настороженное ожидание, страх, печаль. Здесь и опасения, и страхи, связанные с предстоящими родами, доходящие до паники – "вынесу ли я роды?" ; и неуверенность в своих способностях родить и стать полноценной матерью; и страх за здоровье

будущего ребенка, обеспокоенность перед ухудшением материального положения своей семьи, перед возможным ущемлением личной свободы; и наконец, переживания своей телесной метаморфозы и связанной с этим сексуальной непривлекательности (то есть в данном случае происходит объединение всего комплекса возможных причин);

- В. И. Брутман в качестве одного из приоритетных факторов выделяет также наличие одного или нескольких детей. Понимание самой сути материнства, нежелание проходить через уже знакомые этапы беременности, родов и воспитания еще раз. Убеждение себя в том, что «Этого ребенка я полюбить не смогу» [14, с.150].

Еще одним, вне всякого сомнения важным аспектом изучения незапланированной беременности, является изучение различных социальных факторов и условий, которые являются естественным окружением женщины. Следует отметить, что зачастую, беременность воспринимается как незапланированная и нежелательная в том случае, когда женщина осознает отсутствие поддержки со стороны близких, она понимает, что ей предстоит столкнуться со всеми возможными сложностями беременности и родов самостоятельно – это пугает ее, вызывая вполне оправданные страхи.

Также, могут влиять факторы социального неблагополучия – понимание того, что ребенок, особенно новорожденный, требует не только заботы, опеки, любви, но и довольно значительных финансовых (покупка коляски, одежды, смеси для кормления и т.д.) вложений, приводят к нежеланию рожать ребенка [14, с.52].

Еще одним вариантом незапланированной беременности могут быть различные страхи. В данном случае, можно привести в качестве примера тот вариант, когда женщине ввиду различных обстоятельств (тромбы, серьезные хронические заболевания органов дыхания, сердечно – сосудистой системы) – доктора могут запрещать женщине рожать детей, для сохранности собственного здоровья. При этом, на первоначальном этапе, в случае наступления беременности, новое состояние будет восприниматься как

нежелательное и незапланированное, вызывая чувство страха и тревоги. Однако, постепенно, при условии благополучного течения беременности, и постоянного контроля специалистов не только акушеров – гинекологов, но и контролирующих состояние беременной женщины (нет ли обострения основного заболевания на фоне беременности), будущая мать будет относиться к своему состоянию более спокойно, таким образом незапланированная беременность из нежелательной, становится незапланированной беременностью, но желательной [30, с.16].

Еще одним вариантом, незапланированной беременности, может быть факт, когда женщине (ее супругу) ставят диагноз бесплодие, ввиду различных причин. Пара на протяжении долгого период, может предпринимать попытки родить ребенка, которые могут заканчиваться отрицательным результатом. При этом, когда супруги мирятся со своим положением, может в ряде случаев наступить беременность. При этом, она будет восприниматься как незапланированная, но долгожданная. Как правило в данном случае, будущих родителей переполняет радость, но в тоже время и незначительная тревога, по поводу того, как именно будет протекать беременность и родовая деятельность [30, с.17].

Так или иначе, хотим акцентировать внимание на том, что психологические изменения во время беременности проявляются в так называемом синдроме беременности. Применительно к беременности, синдром - это новое психогенное состояние, ограниченное определенным периодом времени, который начинается не в день зачатия, а при осознании женщиной своего нового положения и заканчивается не родами, а в момент психологического принятия своего будущего ребенка. Синдром беременности переживается женщиной на бессознательном уровне, имеет определенные временные границы и характеризуется основными симптомами [30, с.18].

В.И. Брутман, утверждает, что на первом этапе чаще всего женщиной испытывается аффект осознания себя беременной. В рамках этого симптома, как правило, проявляется следующее различие: чем выше у беременной

женщины социальный и интеллектуальный уровень, чем более она независима и профессионально успешна, тем больше вопросов о смысле деторождения будет поставлено ею перед собой, тем труднее ей будет решиться стать матерью[14, с.151].

Следующим этапом развития синдрома беременности является рефлексивное принятие нового собственного образа: "Я - в положении". Этот этап характеризуется признанием физиологических изменений в своем организме.

Так как эти изменения носят интенсивный характер в начале беременности, и требуется некоторое время для адаптации к ним, с нашей точки зрения, вероятно, что эмоциональные переживания женщины в течение первого стресса, характеризующегося такими проявлениями, как тошнота, рвота, головокружение, головные боли и нарушение аппетита.

Л.Ю. Колосов утверждал, что в это время наступает легкая депрессия и усиливается физическая активность, возможно, потому что беременная пытается отрицать новое ощущение собственной пассивности. Колебание настроения могут выражаться в различной степени внутреннего напряжения: в ощущениях скуки, в медлительности, в возрастающем недовольстве собой, в вербализованном чувстве угнетенности [23,с.4].

Так или иначе, решение сохранять или прерывать беременность, по нашему мнению, остается за будущей матерью. Главная задача специалистов - доходчиво объяснить все риски прерывания беременности для организма, ликвидировать возможные страхи, которые делают беременность нежелательной, тем самым заботясь о рождении здорового малыша, который может быть желанным.

Подводя итог оценке психоэмоционального состояния женщин при незапланированной беременности, мы можем прийти к следующему заключению:

- в данном случае отмечаются проявления психоэмоциональной нестабильности. Однако, проявления имеют различную природу.

-при незапланированной беременности, которая в итоге является желанной или долгожданной - отмечается в основном воздействие гормонального фона, желания побыстрее увидеть своего ребенка, почувствовать себя в новом социальном статусе, реализоваться как мама. Да у будущей матери вне всякого сомнения будут смены настроения, будут возникать страхи, однако, при наличии поддержки со стороны близких, искреннее желание стать мамой, ожидание рождения малыша, активность, готовность к общению со специалистами - все эти аспекты в своем гармоничном единении будут способствовать успешному течению беременности и рождению здорового ребенка;

- при незапланированной беременности, женщина сталкивается с необходимостью стабилизации социальной сферы— наличия поддержки от близких, стабильного материального состояния. Если эти потребности будут удовлетворены, то в итоге, беременность может в целом восприниматься как желанная, приводя к рождению здорового малыша;

- в случае же незапланированной и нежелательной беременности психоэмоциональный фон ориентирован сугубо на удовлетворение потребностей самой беременной. Сами вопросы «а как же работа», «где взять деньги?», «какие изменения произойдут с фигурой?» и т.д. все эти и многие другие вопросы свидетельствуют лишь о эгоизме, низкой самооценке, неготовности взять на себя ответственность за свою жизнь и за жизнь будущего ребенка. В итоге именно сданной категорией женщин необходимо проводить длительную работу, по переоценке собственных ценностей и сохранении беременности, профилактики возникновения различных патологий, которые могут быть вызваны психо – эмоциональным состоянием будущей матери.

Исследовав теоретические аспекты научной литературы по реализации гестационной доминанты при беременности, мы смогли приступить к проведению эмпирического исследования в сфере рассматриваемой проблематики.

## **ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1**

В процессе ознакомления с теоретическими аспектами и анализе научной литературы по рассматриваемой проблеме, нами было установлено, что материнство имеет огромную социальную значимость и является одной из форм самореализации женщины. В процессе развития формируется материнская сфера личности женщины. Решающее значение для формирования материнской сферы в период беременности имеет взаимодействие женщины с вынашиваемым ребенком и партнёром - отцом ребёнка. Также немаловажную роль играют отношения со значимыми близкими людьми. Во многом от уровня взаимоотношений, психоэмоционального состояния беременной, зависит показатель гестационной доминанты.

При работе с научной литературой, мы установили, что аспект гестационной доминанты играет немаловажное значение в ходе протекания беременности, при этом, своевременная диагностика, проведение бесед специалистов с будущей матерью, распознавание негативных проявлений гестационной доминанты, особенно в случае нежелательной беременности, помогут оказать более эффективную и квалифицированную помощь, что будет приводить к снижению показателя прерывания беременности и повышению уровня рождаемости здоровых детей.

Вне всякого сомнения, следует напоминать женщинам о том, что беременность является заключительным этапом становления материнской сферы, связанным с интеграцией ранее сформированных компонентов материнской сферы и обретением личностного смысла в предстоящем материнстве.

## **Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей гестационной доминанты при незапланированной беременности**

### **2.1. Подготовка к эмпирическому исследованию**

В процессе теоретического изучения научной литературы по проблеме исследования психологического компонента гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью. Нами было установлено, что данное направление, является одним из самых разрабатываемых на современном этапе развития социума ввиду того, что в настоящее время, людям приходится сталкиваться с различными социально – экономическими и психо – эмоциональными сложностями, которые могут оказывать определенное влияние на процесс планирования беременности и выработку определенного отношения будущей матери к своему состоянию.

Проанализировав существующие точки зрения ученых и исследователей, работавших в контексте данной проблематики, мы пришли к заключению, что восприятие незапланированной беременности может быть довольно дифференцированно - и представляться как желательный или нежелательный факт. При этом, возникает интерес к изучению реализации психологического компонента гестационной доминанты именно в контексте незапланированной беременности.

Гипотеза нашего исследования заключалась в следующем:

- аспект незапланированной беременности может оказывать прямое влияние на возникновение психологических компонентов гестационной доминанты отрицательного характера и может быть обусловлена социальными факторами.

Целесообразно с гипотезой исследования, были выделены следующие задачи эмпирической части нашего исследования:

- подобрать методы и диагностические методики, адекватные цели и гипотезам исследования;

- провести эмпирическое исследование на соответствующей репрезентативной выборке испытуемых;

- проанализировать полученные в процессе проведения эмпирической части результаты и сформулировать выводы и рекомендации, основанные на полученных данных исследования.

В исследовании приняли участие 80 респондентов - женщины в возрасте 20 – 45 лет, все на разных сроках беременности. Базой эмпирического исследования являлся Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства. Исследование проводилось в период с 23.12.2017 г. по 19.12.2017 г.

Исходя из сформулированной нами гипотезы и поставленных при проведении данного исследования целей и задач, мы можем выделить и сформулировать основные этапы эмпирической части исследования:

- Подготовительный этап, который заключается в предварительной подборке методик, предназначенных для диагностики отношения беременных женщин к своему состоянию и определения преобладающего компонента гестационной доминанты в каждом отдельно взятом случае;

- Экспериментальный этап, в процессе которого проводится непосредственное исследование компонента гестационной доминанты;

- Аналитический этап – включающий сравнительный анализ полученных данных по проведенным методикам для определения уровня взаимосвязи аспектов незапланированной беременности и компонента гестационной доминанты.

В процессе подготовительного этапа, в качестве метода сбора эмпирической информации нами были выбраны следующие методы и методики:

- методы – беседа, сбор анамнеза беременности и наблюдение;

- методики- скрининг-тест отношений беременных (ТОБ-б), разработанный И.В. Добряковым, с целью выяснения отношения беременной к своему состоянию. Проективная методика «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой.



При этом, работа проводилась следующим образом:

- наблюдение – строилось на непосредственной оценке поведения беременных женщин с незапланированной беременностью: оценивались – вербальные (речь, построение вопросов и т.д.) и невербальные (мимика и жесты) аспекты; психо – эмоциональное состояние женщины (спокойствие, тревога, беспокойство, недовольство); отношение женщины к самому консультационному процессу (задает вопросы, активна, смотрит на часы, торопится уйти и т.д.) – на основании наблюдения, мы могли за короткое время не прибегая к лишним действиям сформулировать первоначальное мнение со состоянием женщины и ее отношении к беременности;
- беседа – на данном этапе, велся диалог по вопросам:
- первая беременность или нет (аккуратно расспрашиваем: запланированная или нет, как проходили другие беременности);
- в браке женщина или нет (какие отношения с отцом ребенка и т.д.), по возможности узнавали наличие ближайшего окружения и отношения всех родственников к беременности женщины (особенности с мужем);
- наличие материального достатка (наличие стабильной работы, что будут покупать ребеночку и т.д.);
- какие интересы у женщины на данный момент;
- что она почувствовала, когда узнала, что беременна;
- есть ли какие - то нарушения в сфере сна, пищеварения;
- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство).

Очень важно было, создать комфортную атмосферу для женщины в процессе беседы, ненавязчиво и аккуратно задавать необходимые вопросы, так, чтобы они не вызывали напряжения при беседе.

Также, с каждой женщиной в индивидуальном порядке был проведен скрининг - тест отношений беременной, который предназначен для определения типа переживания беременности у будущей матери. В данном случае, следует отметить, что определение типа ПКГД может существенно помочь разобраться в ситуации, при которой вынашивался и родился

ребенок, понять, как складывались отношения в семье в связи с его рождением, каким образом формировался стиль семейного воспитания. Тип ПКГД отражает, прежде всего, личностные изменения и реакции женщины, то есть те изменения, которые произошли в системе ее отношений.

Описание методики (Бланк методики в Приложении):

Тест содержит три блока утверждений, отражающих отношение беременной женщины:

1. К себе беременной (блок А).
2. К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б).
3. К тому, как к ней относятся окружающие (блок В).

В каждом блоке есть три раздела, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

Блок А (отношение женщины к себе беременной) представлен следующими разделами:

1. Отношение к беременности.
2. Отношение к образу жизни во время беременности.
3. Отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б (отношения женщины к формирующейся системе «мать—дитя») представлен следующими разделами:

1. Отношение к себе как к матери.
2. Отношение к своему ребенку.
3. Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок В (отношение беременной женщины к тому, как к ней относятся окружающие) представлен следующими разделами:

1. Отношение ко мне беременной мужа.
2. Отношение ко мне беременной родственников и близких.
3. Отношение ко мне беременной посторонних людей.

Инструкция: «Просим Вас из пяти утверждений, представленных в блоках, выбрать одно, наиболее полно отражающее Ваше состояние». В процессе исследования, не мешаем женщинам отвечать на вопросы, не торопим, по мере необходимости – помогаем (объясняем суть того или иного вопроса).

Также, на этапе исследования, женщинам было предложено нарисовать рисунок «Я и мой ребенок». Методика представляет собой выявление особенностей переживания беременности и самой ситуации материнства, восприятия себя и своего ребенка, ценности этого ребенка. Женщине предлагается сделать рисунок на листе формата А4 с использованием 12 цветов карандашей в течение 15 мин., предлагая ничего не стирать, не исправлять (помарки, стирания, которые все-таки делаются, учитываются при интерпретации проективной методики). Результаты рисунка мы оценивали по следующим критериям:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать;
- длительность работы;
- используемые цвета;
- нажим линий (поломка грифеля);
- размеры рисунка;
- общая удовлетворенность работой.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка;
- степень проработанности образа ребенка;
- возраст ребенка, изображенного на рисунке;
- наличие совместной деятельности с ребенком;
- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку;
- количество пометок, исправлений, штриховок.

По результатам исследования, Г.Г. Филиппова выделяла следующую градацию результатов:

- Благоприятная ситуация – положительное отношение женщины к беременности, благоприятное психологическое состояние;
- Незначительные симптомы тревоги – незначительное беспокойство, которое может быть связано с переживаниями по поводу родовой деятельности. В целом – благоприятное психологическое состояние (необходимо переключение внимания, большее внимание со стороны близких);
- Наличие тревоги и неуверенность в себе – напряженное психо – эмоциональное состояние, которое при своей пролонгированности может причинить вред ребенку или повлиять на родовую деятельность. Контроль состояния специалистами.
- Конфликт с беременностью – отрицательное отношение к беременности, будущему ребенку. Неблагоприятный психо – эмоциональный прогноз. Необходимо постоянное наблюдение со стороны специалистов.

В процессе исследования – случаев нарушения инструкции не было, отказов от проведения исследования – также, что подтверждает достоверность полученных данных. В процессе беседы, нами были выявлены женщины с незапланированной беременностью – 15 беременных утверждали, что не планировали данную беременность. Таким образом оценка результатов беседы, наблюдения, тестирования – проводилась именно в этой группе, с целью подтверждения или опровержения выдвинутой нами гипотезы.

## **2.2. Оценка диагностики беременных, интерпретация и анализ результатов**

После того, как нами были отобраны 15 женщин с незапланированной беременностью, мы смогли приступить у непосредственному изучению и оценке результатов наблюдения, беседы и тестирования при работе с каждой из них. Результаты работы с каждой из участниц исследования занесены в

протоколы. На этапе оценки - мы изучали данные по каждому их методов исследования и формулировали соответствующее заключение.

Протокол 1. Беременная – 27 лет.

Наблюдение: женщина уверена в себе, не выражает беспокойства, активна. Цвет лица - физиологическая окраска, одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь спокойная, плавная. Мимика и жесты – спокойные, соответствуют выражению эмоций. Эмоциональный фон - стабильный (легкое беспокойство при разговоре о родах). Отношение к консультативному процессу – положительное, задает много вопросов, внимательно слушает консультанта.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность первая незапланированная, но долгожданная – 17 недель;

- в браке женщина состоит 6 лет. На протяжении 4 лет пытались забеременеть, однако беременность не наступала. В наличии поддержка со стороны супруга – он очень рад. Ближайшие родственники (родители, сестры и братья, также обрадованы данной новостью, всячески поддерживают);

- наличие материального достатка – у семьи есть отдельное жилье, для ребенка готовится комната. Покупки (одежду и т.д.) будут покупать уже после рождения ребенка. По мере возможности при подготовке к родам, будут обзаводиться самым необходимым. У мужа – стабильная работы и хороший оклад, поэтому финансовых недостатков семья не испытывает;

- какие интересы у женщины на данный момент – интересуется правильным питанием, занимается гимнастикой для беременных, стремится всячески развивать и готовить свой организм к предстоящей родовой деятельности;

- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – огромное счастье, и волнение, долго не могла поверить в факт беременности;

- есть ли какие - то нарушения в сфере сна, пищеварения – первые недели был токсикоз, после 13 недели – самочувствие стабилизировалось. Беспокойства нет;

- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – страхов нет, беременность протекает без осложнений. Есть небольшое беспокойство по итогам предстоящей родовой деятельности.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) - оптимальное.

К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б) - эйфорическое.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - оптимальное.

Заключение: у женщины при незапланированной (долгожданной) беременности отмечается оптимальный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – активное желание рисовать;
- длительность работы – 8 – 10 минут, окончила рисунок досрочно;
- используемые цвета – яркие цвета (темные тона карандашей использованы не были);
- нажим линий (поломка грифеля) – случаев поломки карандаша не было, нажим мягкий, штриховка легкая;
- размеры рисунка – занимает фактически весь лист;
- общая удовлетворенность работой – испытывала удовольствие во время рисования (по словам женщины – любит рисовать).

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – в наличии изображены в полупрофиль, лицом к зрителю. Ребёнок изображен на руках у матери, завернут в пеленку;
- степень проработанности образа ребенка – проработан детально – прорисовано личико, глазки, носик, ротик. В наличии одежда и пеленка;
- возраст ребенка, изображенного на рисунке - младенец;

- наличие совместной деятельности с ребенком – укачивание, убаюкивание ко сну под колыбельную;

- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку - отсутствует;

- количество помарок, исправлений, штриховок – не было.

Заключение: благоприятная психо – эмоциональная ситуация

Общее заключение на основании проведенных исследований: оптимальный тип доминанты, положительно – благоприятное течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства.

Протокол 2. Беременная – 36 лет.

Наблюдение: женщина уверена в себе, но выражает беспокойство, активна. Цвет лица - физиологическая окраска, одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь активная, немного сбивчивая. Мимика и жесты – активная, живая. Эмоциональный фон - беспокойство о протекании беременности и подготовке к родам. Отношение к консультативному процессу – в целом - положительное, но ведет себя беспокойно.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность третья незапланированная, – 27 недель. Есть один ребенок – 12 лет;

- в браке женщина состоит 15 лет. Супруг относится нейтрально, старший ребенок – в целом настроен положительно;

- наличие материального достатка – семья не имеет собственного жилья, снимают квартиру. Заработок – стабильный, при чем женщина очень увлечена работой;

- какие интересы у женщины на данный момент – работа, получение большего дохода, перспектива карьерного роста. Воспитанием ребенка будут заниматься бабушки;

- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – в принципе – радость, не было желания прерывать беременность, однако беспокоят – роды, чтобы как можно быстрее вернуться к работе;

- есть ли какие-то нарушения в сфере сна, пищеварения –нет;

- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – страхов нет, волнение от предстоящей родовой деятельности.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) - оптимальное.

К формирующейся системе «мать—дитя» -гипогестогнозический.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - оптимальный.

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается оптимальный тип при наличии гипогестогнозического отношения в системе «мать – дитя».

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать- нейтрально (предупредила, что плохо рисует);

- длительность работы – 15 минут;

- используемые цвета – предпочтение отдано ярким цветам;

- нажим линий (поломка грифеля) – поломки карандаша не было.

Нажим средней степени в момент изображения ребенка;

- размеры рисунка – на лист;

- общая удовлетворенность работой – в целом довольна, хотя удовольствия от работы не испытала.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – есть (в наличии также силуэты близких);

- степень проработанности образа ребенка – относительная, образ ребенка довольно схематичен;

- возраст ребенка, изображенного на рисунке – 1 год;



- наличие совместной деятельности с ребенком – катание на коляске;
- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку – есть незначительная дистанция – руки, держащие коляску немного длиннее пропорции, ребенок изображен спиной к матери;
- количество помарок, исправлений, штриховок 1 – 2 исправления – сложно было угадать размеры ребенка.

Заключение: незначительная тревожность при восприятии собственной беременности.

Общее заключение на основании проведенных исследований: оптимальный тип доминанты с гипогестогнозическим компонентом в системе «Мать – дитя», наличие незначительной тревожности по отношению к собственной беременности.

Протокол 3. Беременная – 28 лет.

Наблюдение: женщина неуверенная в себе, выражает беспокойство, активна. Цвет лица – незначительная гиперемия, одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь сбивчивая. Мимика и жесты – активные. Эмоциональный фон – тревожный, беспокойный. Отношение к консультативному процессу – нейтральное – ориентирована на внутреннее беспокойство и ощущения.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность четвертая незапланированная, – 11 недель;
- в браке женщина состоит 9 лет. Трое детей от предыдущих беременностей. Супруг и родственники настроены отрицательно;
- наличие материального достатка – у семьи есть отдельное жилье, однако не большое. Работа стабильная, однако финансовые доходы не высоки;
- какие интересы у женщины на данный момент – планирование финансов для обеспечения детей;

- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – волнение – сохранять беременность или нет (вопрос беспокоит до сих пор, хотя приняла решение оставить ребенка);

- есть ли какие - то нарушения в сфере сна, пищеварения – беспокойный сон – переживает о финансах;

- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – есть.

По результатам тестирования отношение: по всем блокам – определена тревожность

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается тревожный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – нежелание рисовать, но все – таки согласилась;

- длительность работы – 5 минут;

- используемые цвета – синий, коричневый, фиолетовый, серый;

- нажим линий (поломка грифеля) – нажим слабый, еле заметный рисунок;

- размеры рисунка – на 1\3 альбомного листа в левом нижнем углу. Что свидетельствует о сожалении о прошлом, заниженная самооценка;

- общая удовлетворенность работой – не выразила никаких эмоций.

Состояние по окончании работы - нейтральное.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – в наличии мать, ребенок заменен знаком «?»;

- степень проработанности образа ребенка - нет;

- возраст ребенка, изображенного на рисунке - нет;

- наличие совместной деятельности с ребенком - нет;

- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку – не воспринимает собственную беременность как состоявшийся факт;

- количество помарок, исправлений, штриховок - нет.

Заключение: конфликт с беременностью.

Общее заключение на основании проведенных исследований: тревожный тип доминанты, конфликтно-течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства. Показана работа специалиста для сохранения и вынашивания беременности и рождения здорового ребенка.

Протокол 4. Беременная – 45 лет.

Наблюдение: женщина уверена в себе, есть волнение. Одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь спокойная, плавная. Мимика и жесты – спокойные, соответствуют выражению эмоций. Эмоциональный фон – стабильный (легкое беспокойство при разговоре о предстоящих родах). Отношение к консультативному процессу – положительное, задает много вопросов, внимательно слушает консультанта, особо обеспокоена возрастом.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность первая незапланированная, но долгожданная – 19 недель;

- в браке женщина не состоит. Ребенка решила родить «для себя». Ближайшее окружение – поддерживает данное решение, однако переживают по поводу возраста женщины;

- наличие материального достатка – высокий уровень доходов, сама обеспечивает себя, сможет обеспечить и ребенка;

- какие интересы у женщины на данный момент – интересуется аспектами родовой деятельности в зрелом возрасте;

- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – была счастлива, но не исключалось и волнение;

- есть ли какие-то нарушения в сфере сна, пищеварения – нет;

- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – страх по итогам предстоящей родовой деятельности.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) – тревожное ( в силу возраста).

К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б) - оптимальное.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - оптимальное.

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается оптимальный тип гестационной доминанты, при наличии компонента тревожности по отношению к себе беременной.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – желание рисовать;
- длительность работы – 10 минут;
- используемые цвета – пастельные тона;
- нажим линий (поломка грифеля) – линии плавные, нажим усиливался при прорисовывании образа себя;
- размеры рисунка – практически на полный лист;
- общая удовлетворенность работой – удовлетворена, по словам женщины – понравилось рисовать.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – в наличии;
- степень проработанности образа ребенка – образ проработан, изображен малыш в животе у матери, изображение лицом к зрителю;
- возраст ребенка, изображенного на рисунке – в утробе матери;
- наличие совместной деятельности с ребенком – руки матери придерживают ребенка;
- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку - нет;
- количество помарок, исправлений, штриховок – сильная штриховка боковых линий живота по отношению к самому рисунку.

Заключение: незначительная тревожность к себе беременной.

Общее заключение на основании проведенных исследований: оптимальный тип доминанты незначительно тревожное течение психологического восприятия ситуации собственной беременности и предстоящего материнства.

Протокол 5. Беременная – 29 лет.

Наблюдение: женщина уверена в себе, но выражает беспокойство, активна. Цвет лица - физиологическая окраска, одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь активная, немного сбивчивая. Мимика и жесты – активная, живая. Эмоциональный фон - беспокойство о протекании беременности и подготовке к родам. Отношение к консультативному процессу – в целом - положительное, но ведет себя беспокойно.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность третья незапланированная, – 17 недель. Детей нет;
- в браке женщина состоит 5 лет. Супруг переживает, поскольку до этого было 2 замершие беременности;
- наличие материального достатка – Заработок – стабильный, есть жилье;
- какие интересы у женщины на данный момент – обеспечение спокойного состояния для спокойного протекания беременности;
- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – радость и переживание чтобы в этот раз – все было хорошо;
- есть ли какие - то нарушения в сфере сна, пищеварения – нет;
- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – переживание за дальнейшее благополучное протекание беременности и родовой деятельности.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) - оптимальное.

К формирующейся системе «мать—дитя» - оптимальное.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - оптимальный.

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается оптимальный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – желание рисовать;
- длительность работы – 10 минут;
- используемые цвета – в незначительной степени - все;
- нажим линий (поломка грифеля) - нет;
- размеры рисунка – на весь лист;
- общая удовлетворенность работой - нейтрально.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – мать и ребенок и близкие люди;
- степень проработанности образа ребенка – недостаточная – по сравнению с другими людьми - схематично;
- возраст ребенка, изображенного на рисунке - младенец;
- наличие совместной деятельности с ребенком – отсутствие – мать немного в стороне от ребенка;
- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку – в наличии (в процессе обсуждения – говорит, что испытывает подсознательный страх, боится привязанности к мысли о ребенке, после двух замерших беременностей);
- количество помарок, исправлений, штриховок - нет.

Заключение:

Общее заключение на основании проведенных исследований: оптимальный тип доминанты, однако тревожное психо – эмоциональное состояние, вызванное неблагоприятным течением предыдущих беременностей. В данном случае – тревожность объяснимый факт и не входит в диссонанс с оптимальным типом доминанты. Показано консультирование – снятие аспектов тревоги.

## Протокол 6. Беременная – 25 лет.

Наблюдение: женщина неуверенная в себе, выражает беспокойство, активна. Цвет лица – бледность, одета – неопрятно. Вербальные аспекты – речь сбивчивая. Мимика и жесты – пассивные. Эмоциональный фон – тревожный, беспокойный. Отношение к консультативному процессу – нейтральное.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность четвертая незапланированная, – 9 недель. Детей нет - было прерывание;
- в браке женщина не состоит. Родственники настроены отрицательно;
- наличие материального достатка – низкий уровень дохода;
- какие интересы у женщины на данный момент – развлечения, жизнь для себя;
- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – отрицательные эмоции;
- есть ли какие - то нарушения в сфере сна, пищеварения – беспокойный сон;
- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – есть.

По результатам тестирования отношение: по всем блокам – определена тревожность

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается тревожный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – отказ от рисунка;
- длительность работы – 1 минута (чтобы от нее отстали);
- используемые цвета - серый;
- нажим линий (поломка грифеля) – сильный нажим;
- размеры рисунка – 1\4 листа;

- общая удовлетворенность работой - нет.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – силуэт женщины, ребенка нет;
- степень проработанности образа ребенка - нет;
- возраст ребенка, изображенного на рисунке - нет;
- наличие совместной деятельности с ребенком - нет;
- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку – ребенка нет;
- количество помарок, исправлений, штриховок – сильная штриховка.

Заключение: конфликт с беременностью.

Общее заключение на основании проведенных исследований: тревожный тип доминанты, конфликтное течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства. Необходимо сопровождение беременности, поддержка специалистов.

Протокол 7. Беременная – 33 года.

Наблюдение: женщина уверена в себе, есть волнение. Одеты – опрятно. Вербальные аспекты – речь спокойная, плавная. Мимика и жесты – спокойные, соответствуют выражению эмоций. Эмоциональный фон – стабильный (легкое беспокойство при разговоре о предстоящих родах). Отношение к консультативному процессу – положительное, задает много вопросов, внимательно слушает консультанта, особо обеспокоена возрастом.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность вторая незапланированная, но желанная – 14 недель;
- в браке женщина состоит. Ближайшее окружение – поддерживает, однако переживают по поводу протекания беременности (первая замершая);
- наличие материального достатка – достаточный уровень, семья довольно обеспеченная;
- какие интересы у женщины на данный момент – интересуется аспектами родовой деятельности;



- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – была счастлива, но не исключалось и волнение;

- есть ли какие - то нарушения в сфере сна, пищеварения –нет;

- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – страх по итогам предстоящей родовой деятельности.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) –оптимальное.

К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б) - оптимальное.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - оптимальное.

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается оптимальный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – рисовала с желанием;

- длительность работы – 9 - 10 минут;

- используемые цвета - пастельные;

- нажим линий (поломка грифеля) – линии плавные;

- размеры рисунка – на весь лист;

- общая удовлетворенность работой – довольна собственным рисунком.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – в наличии;

- степень проработанности образа ребенка – ребенок на руках у матери, руки как – бы защищают ребенка;

- возраст ребенка, изображенного на рисунке - младенец;

- наличие совместной деятельности с ребенком – объятия, укачивание;

- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку - нет;

- количество помарок, исправлений, штриховок - нет.

Заключение: благоприятное психо – эмоциональное течение беременности.

Общее заключение на основании проведенных исследований: оптимальный тип доминанты, положительно – благоприятное течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства.

Протокол 8. Беременная – 32 года.

Наблюдение: женщина уверена в себе, не выражает беспокойства, активна. Цвет лица - физиологическая окраска, одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь спокойная, плавная. Мимика и жесты – спокойные, соответствуют выражению эмоций. Эмоциональный фон - стабильный (легкое беспокойство при разговоре о родах). Отношение к консультативному процессу – положительное, задает много вопросов, внимательно слушает консультанта.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность первая незапланированная, но долгожданная – 10 недель;
- в браке женщина состоит 5 лет. Были проблемы с функцией яичников. В наличии поддержка со стороны супруга – он очень рад. Ближайшие родственники (родители, сестры и братья, также обрадованы данной новостью, всячески поддерживают);
- наличие материального достатка – у семьи есть отдельное жилье, для ребенка готовится комната. Работа у супругов стабильная поэтому финансовых недостатков семья не испытывает;
- какие интересы у женщины на данный момент – интересуется правильным питанием, интересуется родовой деятельностью;
- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – огромное счастье, и волнение, долго не могла поверить в факт беременности;
- есть ли какие - то нарушения в сфере сна, пищеварения – нет;

- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) –беременность протекает без осложнений. Есть небольшое беспокойство по итогам предстоящей родовой деятельности.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) - оптимальный.

К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б) -оптимальный.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - оптимальный.

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается оптимальный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – желание рисовать, но в начале боялась – говорила, что плохо рисует;

- длительность работы – 15 минут;

- используемые цвета – синий, голубой, зеленый, розовый;

- нажим линий (поломка грифеля) – линии плавные;

- размеры рисунка – на альбомный лист;

- общая удовлетворенность работой – довольна работой.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – в наличии, ребенок на коленях у матери;

- степень проработанности образа ребенка – проработан хорошо, в наличии все детали;

- возраст ребенка, изображенного на рисунке – грудной возраст – ребенок как бы сидит на коленках у мамы;

- наличие совместной деятельности с ребенком - игра;

- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку - нет;

- количество помарок, исправлений, штриховок - нет.

Заключение: благоприятное психо – эмоциональное течение беременности.

Общее заключение на основании проведенных исследований: оптимальный тип доминанты, положительно – благоприятное течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства.

Протокол 9. Беременная – 28 лет.

Наблюдение: женщина неуверенная в себе, выражает беспокойство, активна. Цвет лица – норма, одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь сбивчивая. Мимика и жесты – активные. Эмоциональный фон – тревожный, беспокойный. Отношение к консультативному процессу – нейтральное – ориентирована на внутреннее беспокойство и ощущения.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность четвертая незапланированная, – 8 недель;
- в браке женщина состоит 3 года. Один ребенок. Супруг и родственники настроены нейтрально;
- наличие материального достатка – нет стабильного дохода;
- какие интересы у женщины на данный момент – планирование финансов для обеспечения детей;
- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – волнение – сохранять беременность или нет (вопрос беспокоит до сих пор, хотя приняла решение оставить ребенка);
- есть ли какие-то нарушения в сфере сна, пищеварения – беспокойный сон – переживает о финансах;
- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – есть.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) – тревожный.

К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б) – гипогестогнозический.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) – тревожный.

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается тревожный тип гестационной доминанты, при наличии гипогестогнозического компонента.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – слабо выраженное желание рисовать;

- длительность работы – 5 минут;

- используемые цвета - темные;

- нажим линий (поломка грифеля) – сильный нажим;

- размеры рисунка – в половину листа;

- общая удовлетворенность работой - безразлично.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – мать, не рожденный ребенок и старший ребенок;

- степень проработанности образа ребенка – старший ребенок прорисован хорошо, но на дистанции, будущий ребенок – схематично (женщина говорит, что не может себе его представить);

- возраст ребенка, изображенного на рисунке – старший – 4 года;

- наличие совместной деятельности с ребенком – нет ни с одним из детей;

- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку – ко всем изображенным детям;

- количество помарок, исправлений, штриховок - незначительное.

Заключение: тревожный тип психо – эмоционального отношения к беременности.

Общее заключение на основании проведенных исследований: тревожный тип доминанты, тревожное течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства. Показано дополнительное консультирование.

Протокол 10. Беременная – 23 года.

Наблюдение: женщина уверена в себе, есть волнение. Одеты – опрятно. Вербальные аспекты – речь спокойная, плавная. Мимика и жесты – спокойные, соответствуют выражению эмоций. Эмоциональный фон – стабильный (легкое беспокойство при разговоре о предстоящих родах). Отношение к консультативному процессу – положительное, задает много вопросов, внимательно слушает консультанта, особо обеспокоена возрастом.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность первая незапланированная, – 7 недель;
- в браке женщина не состоит. Семья рада, но переживает, как будет получать образование (студентка);
- наличие материального достатка – средний доход;
- какие интересы у женщины на данный момент – интересуется аспектами родовой деятельности, но больше ориентирована на себя, еще не ощущает готовности к рождению ребенка;
- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – волнение;
- есть ли какие-то нарушения в сфере сна, пищеварения – нет;
- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – страх по итогам предстоящей родовой деятельности. И воспитания ребенка, хотя есть поддержка от родителей.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) – тревожное.

К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б) – гипогестогнозический.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) – тревожный.

Заключение: тревожный тип гестационной доминанты, при наличии гипогестогнозического компонента.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – рисует с желанием;

- длительность работы – 10 минут;
- используемые цвета - яркие;
- нажим линий (поломка грифеля) – сильный нажим;
- размеры рисунка – 1\2 листа в нижней части;
- общая удовлетворенность работой - нейтрально.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – в наличии, но ребенок изображен символично – силуэт в эмбриональном положении;
- степень проработанности образа ребенка - нет;
- возраст ребенка, изображенного на рисунке – нет, по словам женщины- соответствует сроку – 7 недель;
- наличие совместной деятельности с ребенком -нет;
- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку – плод изображен в животе, но нет ограждающих, защитных жестов, прорисовка живота с сильным нажимом;
- количество помарок, исправлений, штриховок - нет.

Заключение: тревожный тип отношения к беременности

Общее заключение на основании проведенных исследований: тревожный тип доминанты с гипогестогнозическим компонентом, тревожное течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства. Показано проведение дополнительных консультаций, возможно при наличии близких родственников.

Протокол 11. Беременная – 29 лет.

Наблюдение: женщина уверена в себе, но выражает беспокойство, активна. Цвет лица - физиологическая окраска, одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь активная, немного сбивчивая. Мимика и жесты – активная, живая. Эмоциональный фон - беспокойство о протекании беременности и подготовке к родам. Отношение к консультативному процессу – в целом - положительное, но ведет себя беспокойно.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность первая незапланированная, – 17 недель. Детей нет;
- в браке женщина состоит 6 лет. Супруг - рад;
- наличие материального достатка – заработок – стабильный, есть жилье;

- какие интересы у женщины на данный момент – обеспечение спокойного состояния для спокойного протекания беременности, интерес к предстоящим родам, подготовка комнаты для ребенка;

- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – радость;
- есть ли какие-то нарушения в сфере сна, пищеварения – нет;
- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – переживание за дальнейшее благополучное протекание беременности и родовой деятельности.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) - оптимальное.

К формирующейся системе «мать—дитя» - оптимальное.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - оптимальный.

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается оптимальный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – с желанием, но боится сделать что – то неправильно;

- длительность работы – 15 минут;

- используемые цвета – пастельные – спокойные тона;

- нажим линий (поломка грифеля) – слабый нажим;

- размеры рисунка – в центре листа;

- общая удовлетворенность работой – в целом довольна работой.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – в наличии;

- степень проработанности образа ребенка - проработан;



- возраст ребенка, изображенного на рисунке – младенец на руках у матери;

- наличие совместной деятельности с ребенком - обнимание;

- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку - нет;

- количество помарок, исправлений, штриховок - нет.

Заключение: незначительная тревожность, в следствие претенциозности женщины к самой себе.

Общее заключение на основании проведенных исследований: оптимальный тип доминанты, незначительно тревожное течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства. Показано расслабление, снижение напряженности.

Протокол 12. Беременная – 29 лет.

Наблюдение: женщина неуверенная в себе, выражает беспокойство, активна. Цвет лица – бледность, одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь сбивчивая. Мимика и жесты – активные. Эмоциональный фон – тревожный, беспокойный. Отношение к консультативному процессу – нейтральное.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность вторая незапланированная, – 9 недель. Детей нет – замершая беременность;

- в браке женщина состоит. Родственники настроены положительно;

- наличие материального достатка – средний уровень дохода;

- какие интересы у женщины на данный момент – протекание беременности, подготовка к родам;

- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – положительные эмоции;

- есть ли какие-то нарушения в сфере сна, пищеварения – нет;

- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – положительные эмоции, страхов нет, легкое беспокойство.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) - оптимальное.

К формирующейся системе «мать—дитя» - оптимальное.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - оптимальный.

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается оптимальный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – нейтральное отношение;
- длительность работы – 10 минут;
- используемые цвета - телесные;
- нажим линий (поломка грифеля) - слабый;
- размеры рисунка – на 1\2 листа;
- общая удовлетворенность работой – безразлично, но в целом удовлетворена.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – в наличии, но ребенок как – бы прикрыт;
- степень проработанности образа ребенка – схематичное изображение;
- возраст ребенка, изображенного на рисунке – нет возраста;
- наличие совместной деятельности с ребенком - нет;
- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку - относительно;
- количество помарок, исправлений, штриховок - нет.

Заключение: тревожный тип отношения к беременности.

Общее заключение на основании проведенных исследований: оптимальный тип доминанты, тревожное течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства. В данном случае – получены противоречивые данные – необходима дополнительная диагностика, психо – эмоциональных аспектов личности беременной, наблюдение и контроль сопровождения беременности.

Протокол 13. Беременная – 24 года.

Наблюдение: женщина неуверенная в себе, есть волнение. Одеты – опрятно. Вербальные аспекты – речь спокойная, плавная. Мимика и жесты – беспокойные. Эмоциональный фон - нестабильный (легкое беспокойство при разговоре о предстоящих родах). Отношение к консультативному процессу – нейтральное.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность вторая незапланированная, – 6 недель;
- в браке женщина состоит. Однако с супругом сложные отношения – он настроен отрицательно по отношению к предстоящим родам;
- наличие материального достатка – недостаточный уровень, семья мало обеспеченная;
- какие интересы у женщины на данный момент – сохранять ли беременность;
- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – страх;
- есть ли какие - то нарушения в сфере сна, пищеварения – да - бессонница;
- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – страх – не знает, что делать.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) – тревожное.

К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б) - тревожное.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - депрессивное.

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается тревожно – депрессивный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – нет желания рисовать;
- длительность работы – 1- 2 минуты;
- используемые цвета – простой карандаш;

- нажим линий (поломка грифеля) – сильный, сломался грифель;
- размеры рисунка - маленький;
- общая удовлетворенность работой - нет.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – только женщина;
- степень проработанности образа ребенка - нет;
- возраст ребенка, изображенного на рисунке - нет;
- наличие совместной деятельности с ребенком - нет;
- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку – ребенок не изображен. Что свидетельствует о нежелании беременности в сознании женщины;

- количество помарок, исправлений, штриховок - много.

Заключение: конфликтный тип восприятия ситуации беременности.

Общее заключение на основании проведенных исследований: тревожно – депрессивный тип доминанты, конфликтное течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства.

Протокол 14. Беременная – 32 года.

Наблюдение: женщина уверена в себе, не выражает беспокойства, активна. Цвет лица - физиологическая окраска, одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь спокойная, плавная. Мимика и жесты – спокойные, соответствуют выражению эмоций. Эмоциональный фон - стабильный (легкое беспокойство при разговоре о родах). Отношение к консультативному процессу – положительное, задает много вопросов, внимательно слушает консультанта.

В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность первая незапланированная, желанная– 11 недель;
- в браке женщина состоит 8 лет. В наличии поддержка со стороны супруга – он очень рад. Ближайшие родственники всячески поддерживают;

- наличие материального достатка – у семьи есть отдельное жилье, для ребенка готовится комната. Работа у супругов стабильная поэтому финансовых недостатков семья не испытывает;

- какие интересы у женщины на данный момент – интересуется правильным питанием, интересуется родовой деятельностью;

- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – огромное счастье, и волнение;

- есть ли какие - то нарушения в сфере сна, пищеварения – нет;

- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) –нет, беременность протекает без осложнений.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) - оптимальный.

К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б) -оптимальный.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - оптимальный.

Заключение: у женщины при незапланированной беременности отмечается оптимальный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать - с удовольствием рисует;

- длительность работы -10 минут;

- используемые цвета – яркие, насыщенные;

- нажим линий (поломка грифеля) – линии плавные;

- размеры рисунка – на альбомный лист;

- общая удовлетворенность работой – довольна.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – в наличии;

- степень проработанности образа ребенка – проработан детально;

- возраст ребенка, изображенного на рисунке – младенец на руках матери;

- наличие совместной деятельности с ребенком - игра;

- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку - нет;

- количество помарок, исправлений, штриховок - нет.

Заключение: положительно – благоприятный тип восприятия беременности.

Общее заключение на основании проведенных исследований оптимальный тип доминанты, положительно – благоприятное течение психологического восприятия ситуации беременности и предстоящего материнства.

Протокол 15. Беременная – 28 лет.

Наблюдение: женщина уверена в себе, не выражает беспокойства, активна. Цвет лица - физиологическая окраска, одета – опрятно. Вербальные аспекты – речь спокойная, плавная. Мимика и жесты – спокойные, соответствуют выражению эмоций. Эмоциональный фон - стабильный. В процессе беседы выявлены следующие данные:

- беременность вторая незапланированная – 15 недель. В первый раз было прерывание – считали, что слишком рано;

- в браке женщина состоит 8 лет. На протяжении 4 последних лет пытались забеременеть, однако беременность не наступала. В наличии поддержка со стороны супруга – он рад;

- наличие материального достатка – у семьи есть отдельное жилье, для ребенка готовится комната. Работа - стабильная;

- какие интересы у женщины на данный момент – интересуется правильным питанием, стремится всячески развивать и готовить свой организм к предстоящей родовой деятельности;

- что она почувствовала, когда узнала, что беременна – счастье, и волнение;

- есть ли какие - то нарушения в сфере сна, пищеварения – первые недели был токсикоз, после 10 недели – самочувствие стабилизировалось. Беспокойства нет;

- какие преобладают эмоции на данном этапе (есть ли страхи, беспокойство) – страхов нет, беременность протекает без осложнений. Есть небольшое беспокойство по итогам предстоящей родовой деятельности.

По результатам тестирования отношение:

К себе беременной (блок А) - оптимальный.

К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б) - эйфорическое.

К тому, как к ней относятся окружающие (блок В) - оптимальный.

Заключение: у женщины при незапланированной (долгожданной) беременности отмечается оптимальный тип гестационной доминанты.

Результат по проективной методике:

Работа над рисунком:

- желание или нежелание рисовать – желание есть;
- длительность работы – немного менее 15 минут;
- используемые цвета – синий, голубой;
- нажим линий (поломка грифеля) – линии плавные;
- размеры рисунка – на альбомный лист;
- общая удовлетворенность работой - удовлетворена.

Анализ рисунка:

- наличие матери и ребенка – в наличии;
- степень проработанности образа ребенка – хорошо проработан;
- возраст ребенка, изображенного на рисунке – 3 – 4 месяца;
- наличие совместной деятельности с ребенком - игра;
- наличие психологического барьера или дистанции по отношению к ребенку - нет;
- количество помарок, исправлений, штриховок – 3 – 4 помарки - волнение.

Заключение: незначительная тревожность при восприятии беременности.

Общее заключение на основании проведенных исследований оптимальный тип доминанты, незначительно – тревожное течение психологического восприятия ситуации беременности и материнства.

На основании проработанных протоколов, мы пришли к следующему заключению:

Таблица 1. Взаимосвязь гестационной доминанты и социальных факторов

Типгестационной доминанты	Низкий уровень дохода и отсутствие жилья Отсутствие супруга и поддержки	Низкий уровень дохода и отсутствие жилья Наличие супруга и поддержки	Достаточный доход, наличие жилья Наличие супруга и поддержки	Достаточный доход, наличие жилья, отсутствие супруга
Оптимальный (эйфорический)			8	1
Оптимальный (гипогестогнозический)				1
Тревожный	3			
Тревожно - гипогестогнозический	1			1

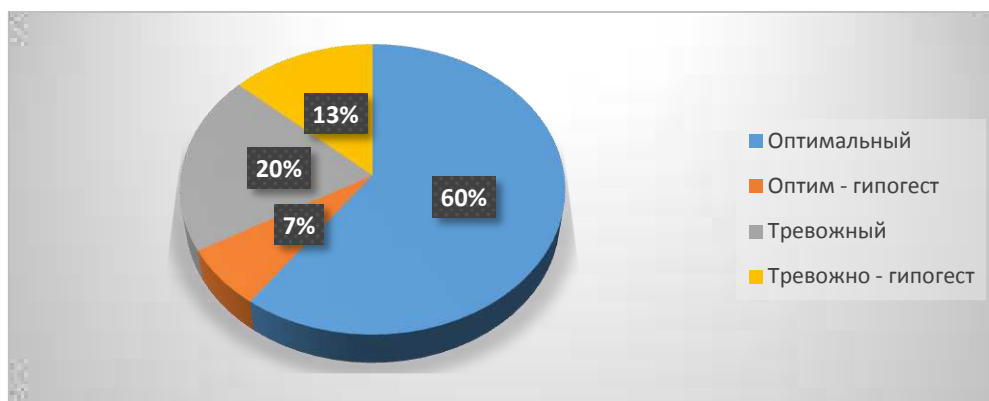


Рисунок 1. - Распределение типов гестационной доминанты среди респондентов

Таким образом, проанализировав систематизацию данных, приведенную в таблице, можем прийти к следующему заключению:

- оптимальный тип гестационной доминанты отмечается у девяти женщин, которые состоят в браке, обладают поддержкой со стороны близких, а также стабильным финансовым доходом – данные женщины уверены в себе, и беременность, пусть даже и незапланированная, является желанной,



вопросов сохранять ли ребенка – у них не возникало – все настроены на успешное протекание беременности и родоразрешения;

- при достаточном уровне дохода и отсутствии супруга, оптимальный тип доминанты отмечается у одной беременной – она рождает ребенка «для себя»;

- Низкий уровень дохода и отсутствие жилья, отсутствие супруга или его поддержки, приводят к формированию тревожного типа гестационной доминанты у троих беременных и тревожно – гестогипогнозическим типом в одном случае. При этом, женщины не уверены в том, что им необходимо сохранять беременность.

В процессе анализа данных по проективной методике «Я и мой ребенок» Г. Г. Филипповой, нами были получены данные, представленные ниже.

Таблица 2. Взаимосвязь гестационной доминанты с типом восприятия беременности (на основании методики «Я и мой ребенок»)

Тип гестационной доминанты	Благоприятный тип восприятия	Незначительно – тревожный тип восприятия	Тревожный тип восприятия	Конфликт с беременностью
Оптимальный (эйфорический)	4	3	1	0
Оптимальный (гипогестогнозический)	1	1		
Тревожный				3
Тревожно - гипогестогнозический			2	

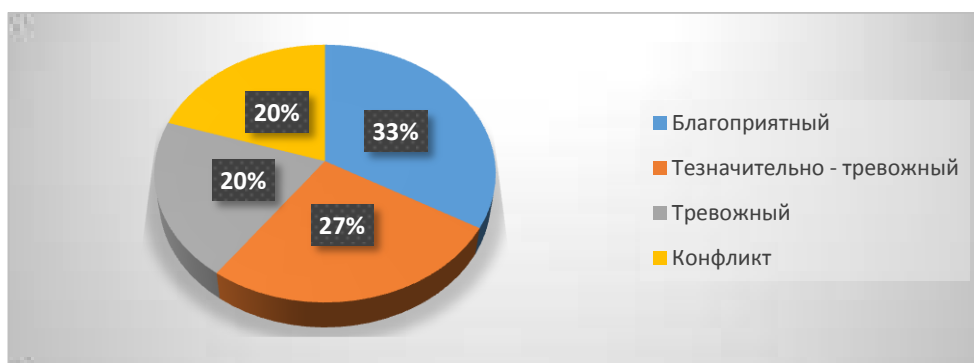


Рисунок 2. - Распределение результатов проективной методики «Я и мой ребенок» среди респондентов

На основании полученных данных, мы видим, что в целом, тип психологического восприятия совпадает с выявленным компонентом гестационной доминанты.

Однако, бывают и исключения, так, например, в процессе исследования, нами был обнаружен случай, когда при оптимальном типе доминанты, в наличии тревожное восприятие ситуации беременности с психо – эмоциональной точки зрения. Таким образом, можно заключить, что в ряде случаев, необходимо учитывать характерологические, психо – эмоциональные особенности личности. Также возможным является проведение дополнительных исследований в аспекте более детального изучения личности беременных женщин, при получении противоречивых результатов исследований.

### **2.3. Рекомендации для женщин с незапланированной беременностью**

Рождение ребенка – это счастье и радость, если беременность желанна для будущих родителей и является результатом их любви. Однако она может быть случайным и незапланированным событием. При этом важным являются чувства, которые беременная женщина испытывает к своему вынашиваемому ребенку. И эти чувства могут быть разные и даже противоречивые. Она может чувствовать радость и счастье к развивающейся внутри себя новой жизни, а может испытывать ужас, страх и неприятные чувства от одной только мысли о своей беременности. Эти эмоции во многом определяют состояние беременной женщины, оказывают значительное влияние на формирование отношения к данной беременности и к принятию роли матери.

На основании полученных эмпирических данных, в контексте рассматриваемой нами проблематики, и их анализе, мы можем дать

следующие рекомендации беременным женщинам с незапланированной беременностью с учетом компонента гестационной доминанты.

При оптимальном типе – беременность для этих женщин, как правило, желанна или, во всяком случае, они переосмысливают свою жизнь, спокойно адаптируются к состоянию беременности и встраивают рождение ребенка в контекст своих жизненных планов. Женщины оптимального типа ответственно и спокойно подходят к своей беременности, изменяют свой активный образ жизни на более размеренный, следят за здоровьем, консультируются с врачом и другими специалистами. Отношения с супругом (отцом ребёнка) у этих женщин вполне гармоничные, они настроены на совместный уход за ребёнком и его воспитание. В качестве основных рекомендаций, в контексте данного вида гестационной доминанты, можно дать следующие рекомендации: женщинам важно соблюдать привычный им режим, заботиться о своем здоровье, посещать курсы дородовой подготовки, всячески способствовать успешному протеканию всего срока беременности и успешного родоразрешения.

При гипогестогнозическом типе - для женщин, беременность является незапланированным событием, заставшим внезапно и врасплох. Для многих из них она нарушает жизненные планы и женщинам очень сложно адаптироваться к состоянию беременности, правильно расставить приоритеты и поменять привычно напряженный образ жизни. Поэтому, к сожалению, несмотря на очевидный факт беременности, женщины данного типа не склонны менять свой ритм и образ жизни. Женщины с гипогестогнозическим типом психологически не готовы к данной беременности, поэтому не задумываются о предстоящем материнстве. Всё это может в дальнейшем влиять на нарушение материнско-детских отношений. Квалифицированная помощь перинатального психолога поможет выстроить правильно приоритеты и осознать, что материнство – это не помеха жизненным планам, а большое семейное счастье. Главная задача специалиста – психолога, окружения беременной женщины - формировать отношение в контексте «мать – дитя». Вырабатывать у нее желание и настрой

на заботу, ласку к будущему ребенку. Понимать – что работа и карьерный рост – важны. Однако ничто в жизни не может заменить радость материнства. Постараться сменить центрированность личности на самореализации и переориентировать на самореализацию в качестве успешной мамы.

Тревожный тип гестационной доминанты характерен тем, что во время беременности этих женщин отличает повышенное состояние тревожности и беспокойства по разным причинам. Это тревоги и опасения за собственное здоровье и за здоровье будущего ребенка, страх родов, плохие взаимоотношения с отцом ребёнка и многое другое. Поэтому эти женщины, получая информацию из разных источников: из интернета, от родственников и знакомых, от акушера-гинеколога и разных других специалистов, постоянно сомневаются в выборе предпринятых мер и не уверены в правильности своих действий. Причины такого тревожного состояния могут быть как действительно серьезными, так и безосновательно преувеличенными. В данном случае, первоочередная задача – сохранение беременности – ориентированность женщины на рождение здорового ребенка, снижение уровня беспокойства, возможное проведение групповых консультаций с близкими и родственниками, задачами которых является создание максимально комфортных условий и снижения уровня беспокойства у беременных данной категории. Таким беременным женщинам важно понять, что их тревожное состояние существенно влияет на внутриутробное развитие будущего ребенка. Женщинам тревожного типа необходимо чаще бывать на свежем воздухе, слушать спокойную, расслабляющую музыку, поменьше читать в интернете литературу медицинской направленности, лучше заниматься рукоделием, творчеством. Своевременное обращение за психологической помощью поможет также овладеть навыками саморегуляции, психологически подготовиться к родам и воспитанию ребенка.

Депрессивный тип гестационной доминанты, заключается в том, что очень сложные психотравмирующие ситуации могут повлиять на негативное

отношение женщины к своей беременности и вызвать депрессивную симптоматику. Если беременность вызывает чувство неприязни, отчаяния, самоуничижения, подавленности, то значит, у женщины есть реальная причина испытывать такие чувства. Непринятие новой жизни в себе может сопровождаться не только негативными чувствами, но и страшными фантазиями. В данном случае, задача родственников, ближайшего окружения, специалистов, наблюдающих женщину, своевременно заметить симптоматику, на начальных ее проявлениях, понимать, что лишь благодаря своевременно оказанной, прежде всего, психологической помощи, женщина получает возможность преодолеть свое изменённое сознание и сохранить ребенка. Важно помнить, что депрессивный тип, является самым сложным и серьезным из всех существующий, который может причинить наибольшее разрушение как организму самой женщины, так и еще не рождённому ребенку.

В целом, ситуация каждой женщины – уникальна, сколь бы похожими они не казались на первый взгляд. Именно поэтому однозначных рекомендаций, как принять беременность, не существует. У каждой женщины свой путь и неприязни, и любви. Только самой женщине под силу изменить собственное отношение к будущему ребенку, и каждый такой путь – уникален. Мы же можем в общем сформулировать лишь основные рекомендации, которые будут полезны, каждой беременной женщине, вне зависимости от типа гестационной доминанты.

Искать поддержку близких. Найти в своем окружении людей, в лояльности которых женщина не сомневается и которые будут готовы оказать поддержку. Иногда, в особенно сложные моменты, она сможет опереться на близких, и это придаст решимости идти дальше. Спокойнее воспринимать советы и рекомендации родных, в сфере поведения беременной и ее режима, понимать, что родственники переживают за состояние беременной, желают ей добра.

Научиться абстрагироваться от насущных финансовых и социальных проблем – действительно, проблемы дохода, работы, жилья – крайне важны в современном мире и в жизни каждого человека, но необходимо помнить о

том, что в утробе женщины развивается человек, будущая личность, и во многом от того, насколько стабильным, гармоничным будет психо – эмоциональное состояние женщины, во многом будет зависеть будущая самореализация ребенка.

Конкретизировать образ ребенка. Это поможет почувствовать: внутри одной человек, а вовсе не враг, «испортивший» жизнь. Можно поиграть в ассоциации. Взять лист бумаги и написать все слова или фразы, ассоциирующиеся у вас со словами «мама» и «ребенок». Подсчитать количество позитивных, негативных и нейтральных. Позитивные пусть станут основой для принятия беременности и будущего материнства, а над негативными поразмышлять и постараться найти им позитивную замену.

Нарисовать образ будущего. Можем сказать женщине: возьмите краски и бумагу и нарисуйте свое будущее. Это может быть конкретный образ, а могут быть просто абстрактные мазки. Затем присмотритесь, и если рисунок покажется вам мрачным, возьмите несколько ярких цветов и дорисуйте картину так, чтобы она стала более радостной.

Настроиться на позитив. Присмотреться к тому, как общаются между собой родители и дети. Поговорить с теми, кто является родителями. Таким образом можно узнать, что многие сталкиваются с трудностями, но большинство сложностей вполне преодолимы.

Обратиться к психологу. Конечно, многие женщины способны справиться самостоятельно, но при возможности все же лучше обратиться к специалисту. Психологи владеют психотехнологиями, позволяющими пройти путь принятия быстрее, что очень важно в ситуации, когда от негативного настроения страдает не только сама мать, но и будущий ребенок.

Итак, нежеланная беременность может стать желанной, а ребенок – любимым. Какими бы ни были обстоятельства, именно за женщиной остается последнее слово, будут ли продолжаться «девять месяцев». И если женщина сохраняет беременность, то таким образом она выбирает жизнь. В этом шаге уже заложен потенциал любви и принятия, которому нужно лишь позволить раскрыться.

## ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

В процессе проведения эмпирического исследования по проблеме формирования гестационной доминанты у женщин с незапланированной беременностью, нами было проведено исследование включающее наблюдение, беседу с беременными женщинами и проведение диагностики по скрининг – тесту Добрякова. По итогам работы, нами были исследованы и проанализированы протоколы результатов женщин с незапланированной беременностью, были сделаны следующие выводы:

- в 67 % случаев отмечается наличие оптимального типа гестационного компонента у женщин с незапланированной беременностью – при этом, у данной категории – стабильный уровень дохода, наличие поддержки со стороны близких. Также, 8 из 9 женщин в данном случае – замужем, что свидетельствует о важности поддержки супруга;

- 33 % женщин – относятся к тем, у которых проявляется тревожный тип компонента гестационной доминанты у женщин – у них нет поддержки со стороны близких и значимых людей, а также не высокий уровень дохода.

Полученные данные частично подтверждают гипотезу нашего исследования: в контексте полученных результатов, мы можем заключить, что не всегда незапланированная беременность приводит к формированию отрицательного типа компонента гестационной доминанты, однако наличие отрицательных социальных факторов этому способствует.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Определение типа психологического компонента гестационной доминанты позволяет в определенной мере прогнозировать особенности психологического состояния женщины во время беременности, риск развития дисфункции отношений в пери- и постнатальной диаде, которые в свою очередь будут оказывать влияние на психосоматическое состояние ребенка.

Выявленный в нашем исследовании оптимальный тип ПКГД (67 %) сочетается с уровнем социальных факторов – семейной поддержки и материального положения, что на первичном этапе оказания медицинской помощи не требует коррекции в рамках образовательных программ воспитания ответственного родительства. Данным женщинам очень важно поддерживать комфортный уровень условий протекания беременности и настроая на предстоящую родовую деятельность.

Тревожный тип с гипогестогнозическим аспектом ПКГД (13 %) имеет положительную ассоциативную связь умеренной силы с низким уровнем социальной обеспеченности и поддержки со стороны близких. Этот тип ПКГД относится к факторам риска эмоциональной депривации ребенка, что требует качественного профессионального медицинского, психологического сопровождения беременных данной группы и повышение их образовательного уровня в вопросах ответственного материнства на этапе оказания ПМСП.

Количество случаев тревожного типа ПКГД (20%) среди респондентов нашего исследования, их взаимосвязь с негативными социальными факторами, приводят к тому, что первоочередная задача – сохранение беременности – ориентированность женщины на рождение здорового ребенка, снижение уровня беспокойства, возможное проведение групповых консультаций с близкими и родственниками, задачами которых является создание максимально комфортных условий и снижения уровня беспокойства у беременных данной категории. Таким образом, цели и задачи нашего исследования реализованы, гипотеза частично подтверждена.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авдеева, Н.Н. Особенности психического развития ребёнка первого года жизни : учебник / Н.Н. Авдеева— Москва : АСВ, 2003. – 277с.
2. Агнаева, Е. Х-М. Образ будущего ребёнка у беременной женщины: дис. д-ра физ.-мат. наук : 01.01.01 / Агнаева Елена Хаджи-Муратовна. – Ростов на Дону, 2001.— 158 с.
3. Агнаева, Е.М. Прогностические возможности образа будущего ребёнка у беременной женщины: учебник / Е.М. Агнаева— Ростов н/Д., 2009.—168 с.
4. Антонов, А.И. Кризис семьи и родительства: учебник / А.И. Антонов // Проблемы родительства и планирования семьи. М.: Наука, 2012. – 28 с.
5. Ананьев, Б.Г. Избранные психологические труды : учебник / Б.Г. Ананьев.— М. : Педагогика, 1980.— 279 с.
6. Ариес, Ф. Ребёнок и семейная жизнь при старом порядке: учебник/ Ф. Ариес – Екатеринбург : Из-во Уральского Университета, 1999. – 415 с.
7. Баженова, О.В Готовность к материнству : выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка: учебник / О.В. Баженова. – 2013.— 42 с.
8. Батуев, А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства/ А.С. Батуев// Психология сегодня. Ежегодник Российского психологического общества— 2014.— № 4.— 151 с.
9. Белогай, К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности / К. Н. Белогай // Материалы научно-практической конференции. – М. : РГУ, 2004. – 498с.
10. Боулби, Д. Материнская забота и психическое здоровье. Хрестоматия по перинатальной психологии / Д. Боулби – М. : Изд-во УРАО, 2005. – 251 с.

- 11.Брехман, Г.И. Перинатальная психология, открывающиеся возможности / Г.И. Брехман // Сборник материалов конференции «Перинатальная психология в родовспоможении» СПб : 1997.– 10 с.
- 12.Брусиловский, А.И. Жизнь до рождения/ А.И. Брусиловский– М.: Знание, 2001. – 315 с.
- 13.Брутман, В.И. Семейные факторы девиантного материнства / В.И. Брутман, Варга, А.Я // Психологический журнал,– 2000.– №2.– 35 с.
14. Брутман, В.И. Психологические феномены, возникающие в связи с нежелательной беременностью / В.И. Брутман // Психология сегодня: Ежегодник Рос. Психол. Общества– 2010.–№ 4.– 151 с.
15. Виткин, Дж. Женщина и стресс: учебник / Дж. Виткин – СПб : Питер Пресс, 2006. – 320с.
16. Добряков, И. В. Гипогестогнозический вариант психологического компонента гестационной доминанты / И.В. Добряков // Здоровье ребенка современного города: Материалы IX Международной конференции. – СПб.: СПбГТУ, 2002. – 81 с.
17. Добряков, И. В. Перинатальная семейная психотерапия. Системная семейная психотерапия / И.В. Добряков; под ред. Э. Г. Эйдемиллера – СПб.: Питер, 2002. – 259 с.
18. Добряков, И. В. Тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты. Психология и психотерапия / И. В. Добряков // Тревога и страх: единство и многообразие взглядов: Материалы V ежегодной Всероссийской научно-практической конференции (8–9 февраля 2003 г.). – СПб.: СПбГУ, 2003. – 74 с.
19. Драпкин, Б.З. Психотерапия материнской любовью : учебник / Б.З. Добряков – М: ДеЛипринт, 2004. – 230с.
20. Емелина, Н. К. Жду малыша/ Н.К. Емелина // «Мама, это я!» –№ 11.– 2009.– 91 с.

21. Захаров, А.И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов / А.И. Захаров // Материалы конференции «Перинатальная психология и родовспоможение». СПб.: 2007.– 56 с.
22. Захарова, Е.И. Личностные изменения, связанные с появлением ребенка / Е.И. Захарова // Журнал практического психолога. № 4.– 2003– 45 с.
23. Колосов, Л.Ю. Мамы разные бывают / Л.Ю. Колосов // Растем вместе. – № 05. – 2007. – 5 с.
24. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству/ С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. №5. – 2000. –27 с.
25. Мид, М. Культура и мир детства: учебник / М. Мид.– М.: Наука, 2015. – 427 с.
26. Овчарова, Р.В. Психология родительства: учебник / Р.В. Овчарова – М.: Академия, 2005. – 368с.
27. Смирнова, Е.О. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения / Е.О. Смирнова // «Вопросы психологии». №3 – 2014.– 14 с.
28. Филиппова, Г.Г. Психология материнства: учебник / Г.Г. Филиппова – М.: Издательство Института психотерапии, 2002. –240с.
29. Филиппова, Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // «Вопросы психологии». №2 – 2001.– 36 с.
30. Филиппова, Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход/ Г.Г. Филиппова // «Детский психолог» - №5 - 2003.- 18 с.
31. Филиппова, Г.Г. Девять месяцев, меняющих жизнь . «Человек» - №1-2-3. - 2001.- 35 с.
32. Филиппова, Г.Г. Пренатальная психология и психология родительства - новая область исследования и практики в психологии: Материалы научно-практической конференции/ Г.Г. Филиппова // – М.: РГУ, 2004. – 498 с.

33. Чемберлен, Д. Разум вашего новорожденного ребенка: учебник / Д. Чемберлен – М.: Класс, 2005. – 224 с.
34. Чодороу, Н. Воспроизводство материнства: Психоанализ и социология гендера: учебник / Н. Чоудроу –М.: Российская политическая энциклопедия, 2006. – 496 с.
35. Шапарь, В.Б. Практическая психология: инструментарий / В.Б. Шапарь – Ростов н/Д: издательство "Феникс", 2002. – 688 с.
36. Шевцова, И.В. Диалоги с внутренним ребенком / И.В. Шевцова // Психологическая газета. –№ 10, 2000.– 11 с.
37. Шмурак, Ю.И. Пренатальная общность / Ю.И. Шмурак // «Человек» – № 6. – 2003. – 37 с.
39. Эйдемиллер, Э.Г. Психология и психотерапия семьи: учебник / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис – СПб.: Питер, 2011. – 656 с.
40. Энкин, М. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах / М. Энкин– М.: Нормед-Издат, 1999. –544 с.

# ПРИЛОЖЕНИЕ А

## Методика ТОБ – б И.В. Добрякова

Таблица А.1 – Бланк вопросов по методике А

1	1	Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна	
	2	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна	
	3	С тех пор как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении	
	4	В основном мне приятно сознавать, что я беременна	
	5	Я очень расстроена тем, что беременна	
2	1	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни	
	2	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать	
	3	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни	
	4	Беременность так изменила образ моей жизни, что она стала прекрасной	
	5	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь не суждено сбыться многим моим надеждам	
3	1	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах	
	2	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь	
	3	Я думаю, что во время родов все могу сделать правильно и не испытываю особого страха перед ними	
	4	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я почти не сомневаюсь в их плохом исходе	
	5	Я думаю о родах, как о предстоящем празднике	
Б			
1	1	Я сомневаюсь в том, что смогу справляться с обязанностями матери	
	2	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью	
	3	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве	
	4	Я уверена, что стану прекрасной матерью	
	5	Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью	
2	1	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним	
	2	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю	

## Продолжение приложения А

	3	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать	
	4	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю	
	5	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого	
3	1	Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью	
	2	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью	
	3	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью	
	4	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением грудью	
	5	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью	

Таблица А.2 – Бланк вопросов по методике Б

1	1	Считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка	
	2	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка	
	3	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне	
	4	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне	
	5	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка	
2	1	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними	
	2	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении	
	3	Большинство близких мне людей не одобряют то, что я беременна, мои отношения с ними ухудшились	
	4	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей	
	5	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит	
3	1	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают что я «в положении»	
	2	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я «в положении»	
	3	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я «в положении»	
	4	Мне наплевать, замечают окружающие или нет, что я «в положении»	

## Окончание приложения А

5	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я «в положении»
---	---------------------------------------------------------------------------------

## Обработка результатов

После выполнения задания необходимо перенести результаты в таблицу, отметив соответствующую утверждению цифру.

Таблица А.3 – Обработка результатов

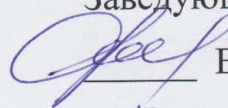
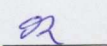
Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	д
1	1	4	2	1	3	5
	2	2	3	4	1	5
	3	3	1	5	2	4
2	1	5	3	4	1	2
	2	1	4	2	3	5
	3	3	1	2	5	4
3	1	3	2	1	5	4
	2	1	4	2	5	3
	3	5	4	3	2	1 -----и, —
	Всего					

Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение  
высшего образования  
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии  
Кафедра психологии развития и консультирования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

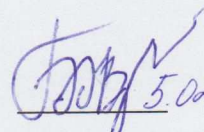
 Е.Ю.Федоренко  
« 5 »  2018 г.

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**

37.03.01 Психология

**Особенности гестационной доминанты при незапланированной  
беременности**

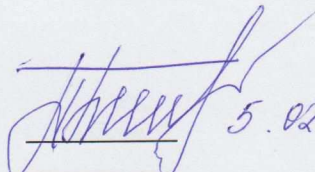
Руководитель

 5.02.2018  
подпись, дата

канд. психол наук, доцент

О.В.Барканова

Выпускник

 5.02.2018  
подпись, дата

Т.Е.Пахомова

Красноярск 2018